**Форма заявления пациента на имя главного врача КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9» о запрете сообщения кому-либо информации о состоянии своего здоровья**

 Главному врачу КГБУЗ

 «Владивостокская поликлиника № 9»

 Беньковкской О.П.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

 проживающего по адресу:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

В соответствии с законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **запрещаю** передавать кому-либо любую информацию о состоянии моего здоровья.

Дата Подпись